

SEGUIMIENTO post TRASPLANTE RENAL PEDIÁTRICO

Fecha de seguimiento: ___/___/_____

Nombre del paciente _____ C.I. _____

Edad: _____ años Sexo: Femenino Masculino

Datos del seguimiento:

Tipo de seguimiento:

- Seguimiento hasta el 5to año
- Seguimiento periódico a partir del 5to año
- Seguimiento anual a partir del 5to año

Creatininemia del seguimiento actual (mg/dl) ___ __ , ___ __

Datos del trasplante renal:

Fecha de realización: ___/___/_____ Fecha de alta: ___/___/_____

COORDINADOR DEL PROGRAMA

Nº de caja profesional _____

Nombre _____

Firma _____

Adjuntar estudios realizados y resumen clínico.